



Федеральное государственное автономное учреждение
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ»
119991 г. Москва
Министерства здравоохранения Российской Федерации



119991 г. Москва, Ломоносовский проспект, 2, стр.1, тел. (495) 967-14-20; www.nczd.ru

Выписной Эпикриз от 21.12.2025

ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ № 24742/25

АМБУЛАТОРНАЯ КАРТА № 736/23А

ФИО	Александров Матвей Алексеевич
Возраст	
Адрес	
	53 Отделение психоневрологии и нейрореабилитации Центра детской психоневрологии (499) 134-04-09
Период пребывания	с 14.12.2025 по 22.12.2025

Диагнозы

Основное заболевание	G80.0	Церебральный паралич со спастической тетраплегией
15.12.2025		Детский церебральный паралич: спастический тетрапарез. GMFCS IV. MACS IV. Окклюзионная постгеморрагическая тетравертикулярная гидроцефалия, состояние после установки вентрикуло - перитонеального шунта от 09.12.2020г. Задержка психического и речевого развития.
Сопутствующее заболевание	G40.2	Локализованная (фокальная) (парциальная) симптоматическая эпилепсия и эпилептические синдромы с комплексными парциальными судорожными припадками
15.12.2025		Структурная фокальная эпилепсия
Сопутствующее заболевание	H27.0	Афакия
15.12.2025		Состояние после интравитреального введения ингибитора ангиогенеза, транспупиллярной лазерной коагуляции сетчатки, витреоретинального вмешательства. Послеоперационная афакия.
Сопутствующее заболевание	Z54.0	Состояние выздоровления после хирургического вмешательства
15.12.2025		Двусторонняя пахово-мошоночная грыжа, оперированная от 13.11.2020г.

ЖАЛОБЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ

задержка в психомоторном развитии.

судорожные приступы - по описанию мамы - фокальные клонические? (последний в январе 2025, длился более 2 часов, купировался диазепамом (дозу мама назвать затрудняется)).

запоры

АНАМНЕЗ

Ребенок от 1-й беременности, протекавшей на фоне отягощенного акушерского анамнеза (бесплодие 5 лет, ЭКО + 3 крио), хронической фетоплацентарной недостаточности,

дихориальная
диамниотическая двойня, диссоциированное развитие плодов, нарушение маточно-плацентарного кровотока 2 плода, частичная прогрессирующая отслойка плаценты 2 плода, задержки внутриутробного развития. Роды на 24-25 неделе, путем экстренного кесарева сечения. Масса тела при рождении 620 гр., длина тела при рождении 27 см. Apgar 4/6/7 баллов.

АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ

Ребенок от 1-й беременности, протекавшей на фоне отягощенного акушерского анамнеза (бесплодие 5 лет, ЭКО + 3 крио), хронической фетоплацентарной недостаточности, дихориальная диамниотическая двойня, диссоциированное развитие плодов, нарушение маточно-плацентарного кровотока 2 плода, частичная прогрессирующая отслойка плаценты 2 плода, задержки внутриутробного развития. Роды на 24-25 неделе, путем экстренного кесарева сечения. Масса тела при рождении 620 гр., длина тела при рождении 27 см. Apgar 4/6/7 баллов.

Состояние после рождения тяжелое за счет синдрома угнетения, незрелости плода, дыхательной недостаточности, течения внутриутробного инфекционного процесса. На 8-й минуте введен эндотрахеально порактант альфа. Переведен в ОРИТ «Областной детской клинической больницы» г. Свердловск, на ИВЛ, начата инфузионная терапия, антибактериальная терапия. Проведена плазмотрансфузия № 3, гемотрансфузия №9.

С первых суток отмечались тонико-клонические судороги. Учитывая гидроцефалию ребенок переведен в ОАРИТНИИД ОДКБ на ИВЛ. 04.08.2020 проведено оперативное лечение вентрикулосубгалеальное шунтирование. Постоперационный период протекал без особенностей. Судорожный синдром купирован фенobarбиталом с последующим переходом на вальпроевую кислоту. На фоне DART терапии экстубирован и переведен на дотацию кислорода.

13.11.2020 проведено оперативное лечение по поводу паховых грыж (герниопластика).

Выписан из стационара с диагнозом: Недоношенность 24 недели. Экстремально низкая масса тела при рождении. Первый ребенок из дихориальной диамниотической двойни. Перинатальная энцефалопатия смешанного генеза тяжелой степени. Внутрижелудочковое кровоизлияние 4 степени в анамнезе. Окклюзионная постгеморрагическая тетраветрикулярная гидроцефалия. Состояние после оперативного вмешательства вентрикулосубгалеальное шунтирование справа (04.08.2020). Порэнцефалическая киста в теменной области слева. Судорожный синдром в анамнезе. Бронхолегочная дисплазия, новая форма, тяжелое течение. Ателектаз верхней доли справа. Тромбоцитопения в анамнезе. Анемия тяжелой степени тяжести, купирована. Двусторонняя пахово-мошоночная грыжа. Пупочная грыжа. Остеопения недоношенных. Закрытый перелом средней трети левой бедренной кости без смещения в стадии консолидации. Задняя агрессивная ретинопатия недоношенных. Состояние после лазеркоагуляции.

Проведенные инструментальные обследования:

MPT головного мозга от 24.02.2021 – МР картина исхода тяжелого ишемически-геморрагического поражения головного мозга в виде кистозно-глиозно-атрофических изменений вещества головного мозга и мозжечка. Внутренняя бивентрикулярная гидроцефалия. Признаки диспластического изменения кранио-вертебрального перехода. Плагноцефалия. Постоперационные изменения глазных яблок.

Офтальмолог от 01.03.2021 – Ретинопатия недоношенных V стадия. Задняя агрессивная ретинопатия недоношенных, активная фаза, состояние после лазерной коагуляции, витреоретинальной эктомии правого глаза. Афакия, частичная авитрия левого глаза.

Ранее был госпитализирован (в феврале и апреле 24г) в НМИЦ Здоровья детей в ОПНИДРВ с DS: Детский церебральный паралич, спастический тетрапарез. GMFCSIV.

Окклюзионная постгеморрагическая тетраветрикулярная гидроцефалия, состояние после установки вентрикуло - перитонеального шунта от 09.12.2020. Задержка психического и речевого развития.

месту жительства получали курсы реабилитационных мероприятий. Находится на "Д" учете у невролога, офтальмолога.

В настоящее время ребёнок получает противосудорожную терапию вальпроевой кислотой 375 мг/сут (34 мг/кг/сутки) переносит удовлетворительно - тромбоцитопении нет, повышения трансаминаз нет. Уровень фармакомониторинга в пределах референсных значений.

В октябре 2024 года впервые госпитализирован в отделение психоневрологии и нейрореабилитации Центра детской психоневрологии ФГАУ "НМИЦ Здоровья детей" Минздрава России. В отделении проведен лабораторный контроль: островоспалительных изменений нет, синдрома цитолиза и холестаза нет. Гипо/гипер- коагуляции не выявлено. В ОАМ: Бактериурия (221.51/мкл), в следствие неправильного забора. При контрольном анализе от 07.10.24 патологии не выявлено. Концентрация вальпроевой кислоты натощак (1 точка) - 79.9 мкг/мл, 2 точка (через 3 часа после приема препарата) - 137.1 мкг/мл - выходит за пределы референса. Учитывая, что у пациента нет симптомов интоксикации, тромбоцитопении, синдрома цитолиза и положительная динамика в виде отсутствия эпилептических приступов - в коррекции терапии не нуждается.

Для оценки состояния тазобедренных суставов, исключения вторичной ортопедической патологии, проведена рентгенография: Coxa valga с двух сторон. Небольшая латерализация головки левой бедренной кости. Консультирован ортопедом, показаний для оперативного лечения нет.

- УЗИ ОБП: выраженный метеоризм. УЗИ Почек и мочевыводящих путей: УЗ признаки диффузных паренхиматозных изменений.

- С целью выявления эпилептиформной активности и определения степени зрелости корковой ритмики проведен видео-ЭЭГ мониторинг в течении 1 часа: Частота основной активности в пределах возрастной нормы. Функциональные пробы не вызвали патологических изменений корковой ритмики. Сон дифференцирован на стадии. Физиологические паттерны сна регистрируются, «веретёна сна» представлены редкими фрагментами. Во сне регистрировалась региональная эпилептиформная активность в виде острых потенциалов, реже спайков, комплексов острая волна - медленная волна в следующих отделах: в левых затылочно-теменно-задневисочных отделах с распространением на гомологичные отделы противоположного полушария, в правых затылочно-теменно-задневисочных отделах.

Индекс представленности данной активности 30-40%. За время длительного мониторинга эпилептические приступы и их ЭЭГ-паттерны не зарегистрированы. По сравнению с ЭЭГ от 18.03.2024: без значимых изменений. Учитывая наличие в анамнезе неонатальных судорог, структурные изменения головного мозга, сохраняющуюся эпилептиформную активность на ЭЭГ - противосудорожную терапию продолжать в полном объеме.

Состояние после ВПШ. КТ-признаков острых геморрагических, очаговых изменений в веществе ствола, мозжечка и больших полушарий головного мозга не выявлено. Порэнцефалическая киста в левой теменной доле. Кистозно-атрофические изменения вещества головного мозга и мозжечка. Диспластические изменения кранио-verteбрального перехода.

Учитывая наличие у пациента хронического запора на фоне неврологической патологии, был консультирован гастроэнтерологом, рекомендована диета и необходимые лекарственные препараты улучшающие дефекацию.

В полном объеме проведен курс реабилитационных мероприятий. Выписан домой в стабильном состоянии под наблюдение специалистов по месту жительства.

За межгоспитальный период проходит курсы реабилитационной терапии в реабилитационном центре "Адели" г. Ижевск. С 16.01.2025 года проходили очередной курс реабилитационных мероприятий в центре "Адели". 29.01.2025г. в 9:45 во сне мама отметила у ребёнка шумное, "клокочущее" дыхание, отведение глаз влево, подергивание мимических мышц, мелкоамплитудные движения в конечностях, также отмечалось обильное отделение слюны, длительность приступа около 15 минут, купировался

самостоятельно.

Вызвана бригада СМП, ребёнок госпитализирован в психоневрологическое отделение "БУЗ Удмуртской республики "РДКБ Министерства здравоохранения Удмуртской республики". В стационаре в 13:00 аналогичный приступ повторился, купировался введением сибазона 1 мл в/в.

Проведено обследование: ВЭЭГ сна 1 час от 29.01.2025: Региональная эпилептиформная активность регистрируется умеренным индексом в бодрствовании, во сне высоким (не менее 80% продолжительности ФМС) биокципитально в виде роландических спайков амплитудой до 250 мкВ. Над левым полушарием регистрируется продолженное региональное замедление.

В стационаре назначен клоназепам, на фоне введения клоназепама ребёнок перестал спать, стал давиться едой. Самостоятельно обратились к неврологу, клоназепам полностью отменен. С февраля 2025 года в терапию введён Перампанел (Файкомпа) 3 мг/сутки, на фоне перампанела ребёнок перестал давиться едой, нормализовался сон, приступов больше не отмечалось.

Настоящая госпитализация в отделение психоневрологии и нейрореабилитации Центра детской психоневрологии ФГАУ "НМИЦ здоровья детей" Минздрава России для обследования и проведения курса реабилитационной терапии.

Предыдущая госпитализация в апреле 2025г: За период пребывания в отделении состояние ребёнка оставалось стабильным. Учитывая в анамнезе эпилептические приступы продолжает получать противосудорожную терапию: вальпроевую кислоту 34 мг/кг/сутки, перампанел 3 мг/сутки.

Проведён лабораторный контроль: в клиническом анализе крови патологии не выявлено, в биохимическом анализе крови все показатели в пределах референсных значений, уровень витамина Д в крови 67,82 нг/мл. ОАМ- без патологии. Проведён фармакомониторинг вальпроевой кислоты в 1-й точке- 70,6 мкг/мл, во 2-й точке- 120 мкг/мл.

С целью исключения патологии со стороны внутренних органов проведено инструментальное обследование:

- УЗИ органов брюшной полости- УЗ признаки выраженного метеоризма.
- УЗИ почек и мочевого пузыря- УЗ признаки диффузных паренхиматозных изменений.

Рекомендовано наблюдение в динамике.

- Эхо-КГ- Полости сердца не расширены, стенки не утолщены, перегородки интактны, клапаны и крупные сосуды не изменены, функциональные параметры сердца в норме. Данных за ВПС и ЛГ нет.

Для контроля эффективности АЭП и оценки биоэлектрической активности головного мозга в динамике проведён ВЭЭГМ дневного сна в течение 1-го часа, по заключению: Кортикальная ритмика сформирована в соответствии с возрастом. Функциональные пробы не вызвали патологических изменений корковой ритмики. Сон дифференцирован на стадии. Физиологические паттерны сна представлены удовлетворительно. «Веретена сна» отчетливо не определяются. В бодрствовании и во сне зарегистрирована региональная эпилептиформная активность в левой затылочно-теменно-задневисочной области (O1-P3-T5) иногда с распространением на теменной вертексный регион (Pz) и гомологичные отделы правого полушария. *Кроме того, во сне зарегистрирована эпилептиформная активность в правой затылочно-теменно-задневисочной области (O2-P4-T6). В ряде случаев морфология соответствовала «роландическим спайкам». Индекс представленности в бодрствовании в пределах низких значений, в среднем около 3-5%. Во сне с нарастанием индекса до средних значений, в среднем около 40-50%. За время длительного мониторинга, эпилептические приступы и их ЭЭГ-паттерны не зарегистрированы. По сравнению с исследованием от 03.10.2024: низким индексом зарегистрирована эпилептиформная активность в бодрствовании. Во сне индекс представленности без существенной динамики. В настоящий момент в коррекции противосудорожной терапии не нуждается.

Для исключения вторичных ортопедических осложнений проведена рентгенография позвоночного столба и тазобедренных суставов, по заключению:

* Рентгенологические признаки левостороннего груднопоясничного сколиоза 2 степени

вероятно
за счет укладки).

• Рентгенологические признаки соха "valga" с двух сторон, диспластического типа развития крыш вертлужных впадин, подвывиха левого тазобедренного сустава.

С антиспастической целью проведены инъекции ботулинического токсина типа А препаратом ДИСПОРТ под контролем УЗИ - в целевые мышцы конечностей. Суммарная доза препарата составила 300 ЕД (15,2 ЕД/кг). Перенёс процедуру удовлетворительно. Нежелательные реакции не наблюдались. Протокол отдан маме на руки.

Консультирован врачом ЛФК и физиотерапевтом, проведен курс реабилитационных мероприятий в полном объеме, отмечается улучшение мышечного тонуса, увеличение объема движений.

Выписывается в стабильном состоянии по соматическому статусу под наблюдение специалистов по месту жительства. Рекомендации даны.

Межгоспитальный период спокойный. Эпилептических приступов не было.

Настоящая госпитализация в ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России повторная, плановая для проведения обследования и лечения.

Лечение до поступления:

Внутрь: Вальпроевая кислота 57,64 мг/мл - 400мг/сут (30мг/кг/сут) по 140 мг - утром, 140мг - днём, 120 мг - вечером.

Внутрь: перампанел 3 мг на ночь

Внутрь: макрогол 5-6 г x 1 раз в день

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС

Общемозговых и менингеальных симптомов нет. Голова неправильной формы (уплощение затылочного бугра- позиционная плагиоцефалия). Микроцефалия. ОГ 45 см, ОГр 57 см.

В сознании. На осмотр реагирует агрессивно, проявляет аутоагрессию (ребёнок со снижением остроты зрения - бьет себя по голове, кричит при усталости, возбуждении). Речь: экспрессивная - рассеивание гласных звуков, импрессивная - обращенную речь понимает на уровне интонаций. Игрушки руками не берет (ребёнок не видит), при вкладывании в руку ощупывает, тянет в рот. Слушает музыку.

ЧН: I - Обоняние не исследовалось. II - Острота зрения снижена. Взгляд не фиксирует, не прослеживает. III, IV, VI - глазные щели симметричны. Плавающие значения глазных яблок. Зрачки округлой формы, симметричны, реакции на свет прямая и содружественная живые, D=S. V - Точки выхода ветвей тройничного нерва не исследованы (контакт с ребёнком затруднён). Трофика мышц нижней челюсти не нарушена. Движения нижней челюсти не нарушены. VII - Лицо симметрично. VIII - слух при грубой оценке не снижен. Горизонтальный нистагм. IX, X - Глоточные рефлексы живые. Глотание не нарушено. XI - положение плеч и лопаток симметрично. Голова по средней линии. Грудно-ключичные мышцы симметричны. XII - Язык по средней линии.

В двигательной сфере: объем пассивных движений не нарушен, объем активных движений снижен. Мышечный тонус изменён по спастическому типу D>=S, преимущественно в дистальных отделах конечностей. Сухожильные и надкостничные рефлексы с рук и ног высокие, D=S, рефлексогенные зоны расширены. Рефлексы орального автоматизма не вызываются, хватательный рефлекс справа. Брюшные рефлексы живые, симметричные. Сгибательно-пронаторная установка правой руки. Приводящая установка бедер. Сгибательная установка коленных суставов.

Навыки: голову удерживает, переворачивается, пытается сесть самостоятельно.

Чувствительность болевая и температурная не исследованы (контакт с ребёнком затруднён).

Координаторная сфера: не исследована. Тазовые функции: нарушения функции тазовых органов нет. Склонность к запорам.

ДАННЫЕ ОСМОТРА

Совместный осмотр с зав. отделения, к.м.н. Увакиной Е.В. Общее состояние Средней тяжести. Температура 36,3/36,6С. Положение вынужденное. Вес 12,7кг. Рост стоя 100см. ППТ-0,59кв.м. Состояние питания пониженное; ИМТ=12,7 кг/м2, BMI SDS -4,79. Кожные

покровы

физиологической окраски, умеренной влажности, пятнисто-папулезные высыпания на типичном периферическом дерматите, шрам на передней брюшной стенке (шунт). Слизистые оболочки чистые. Зев, миндалины: розовый, наложений на миндалинах нет. Подкожная клетчатка Развита умеренно, распределена симметрично, отёков нет. Лимфатическая система без системного увеличения. Костная система: деформация грудной клетки. Органы дыхания: Носовое дыхание свободное. В легких дыхание пуэрильное, проводится во все отделы, хрипов нет. Сатурация 97-99%. ЧД 24 в минуту. Органы кровообращения: Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет, ЧСС 109 уд/мин, АД 92/55 мм.рт.ст. Органы пищеварения: Аппетит сохранён. Язык розовый, чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Стул ежедневно, оформленный. Мочеполовая система: Сформирована по мужскому типу. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Нервная система: см. неврологический статус; Органы чувств: зрение снижено, слышит. Эндокринная система: без особенностей.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЙ

1. ЭКГ 16.12.2025

РИТМ 117; PQ 0,1; P 0,06; QRS 0,07; QT 0,27; QTc 0,377; ПОЛОЖЕНИЕ ЭОС: Вертикальное; РИТМ: Синусовый; ТАХИКАРДИЯ: Умеренная; возможны позиционные особенности сердца в грудной клетке; Нарушения процесса реполяризации в миокарде желудочков: Умеренные нарушения; сглаженные зубцы Т в стандартных и левых грудных отведениях (возможно, тахизависимые); ЗАКЛЮЧЕНИЕ: экг; Подписано согласие на медицинское вмешательство Нет; Врач Бостанов Д.Е.(67);

2. Рентгенография тазобедренных суставов 16.12.2025

ВИД ИССЛЕДОВАНИЯ: цифровая рентгенография; Проекция: прямая проекция; На рентгенограмме тазобедренные суставы расположены симметрично; Размеры головок бедренных костей: справа 23x11 мм; слева 22x12 мм; Контуры головок бедренных костей: справа четкие; ровные; слева четкие; ровные; латерализованы с двух сторон; Крыши вертлужных впадин сформированы: правильно; Дополнительные сведения: В проекции малого таза определяется конец ВПШ.; ЗАКЛЮЧЕНИЕ: рентгенологические признаки соха "valga"; с двух сторон; диспластического типа развития крыш вертлужных впадин, латерализация с двух сторон.; Подписано согласие на медицинское вмешательство Нет; Ацетабулярный угол, грд. - 16 - 16; Степень костного покрытия головки бедренной кости - 77 - 76; ШДУ-проекционный - 180 - 175; Линия Шентона - прерывиста - прерывиста; Врач Муртазалиева А.А.;

3. Рентгенография общий 16.12.2025

Контрастное усиление нет; Описание На рентгенограмме грудно-поясничного отдела позвоночника в прямой проекции лежа ось позвоночника отклонена влево с вершиной в Th12 с $\alpha=13^\circ$. Тела поясничных позвонков несколько ротированы вправо. Повышения прозрачности тел позвонков не отмечено. Субхондральный остеосклероз не отмечен. Форма и размеры тел позвонков не изменены. Замыкательные пластинки тел позвонков ровные, четкие. Межпозвоночные пространства неравномерные.; На рентгенограмме грудно-поясничного отдела позвоночника в боковой проекции угол грудного кифоза 34° .; ; ЗАКЛЮЧЕНИЕ Рентгенологические признаки левостороннего груднопоясничного сколиоза 2 степени, гиперкифоз грудного отдела позвоночника.; Подписано согласие на медицинское вмешательство Нет; Врач Муртазалиева А.А.;

4. Видео-ЭЭГ мониторинг 17.12.2025

Описание: Параметры записи: Исследование проводилось в течение 1 часа в состоянии бодрствования с выполнением функциональных проб и во время физиологического сна. Запись осуществлялась на системе видео-ЭЭГ мониторинга Nicolet. Использовалась международная система наложения электродов «10-20», с применением дополнительных электродов: ЭКГ, ЭМГ (на дельтовидных мышцах). Параметры записи: чувствительность 7-10 мкВ, фильтр высоких частот 70 Гц, фильтр низких частот 0,5-1 Гц. Применяемые монтажи: Биполярный классический, «Double banana», Поперечный, Усреднённый,

монополярный.

ЭЭГ в состоянии бодрствования:

Основной ритм представлен неустойчивым предшественником альфа-ритма, частотой 7-8 Гц, амплитудой до 80 мкВ, регистрирующимся в затылочных отделах, с распространением на задневисочные и теменные отделы полушарий. В центральных отделах регистрируется нерегулярный, устойчивый сенсомоторный ритм, частотой 9-10 Гц, амплитудой до 40-80 мкВ. Зональные различия сохранены, часто ослаблены.

Бета-активность не усилена, преобладает по передним и височным отделам, частотой 14-30 Гц, амплитудой до 20 мкВ, часто маскируется миографическими артефактами.

Медленноволновая активность представлена диффузно, невысоким индексом, преимущественно волнами тета-диапазона, по амплитуде не превышающими основной ритм.

Региональная эпилептиформная активность в виде острых волн, комплексов острая волна - медленная волна в следующих отделах:

- в левых затылочно-теменно-задневисочных отделах (О1, Р3, Т5),

- в правых затылочно-теменно-височных отделах (О2, Р4, Т6, Т4).

Индекс представленности данной активности в бодрствовании около 10%.

Функциональные пробы:

При проведении ритмической фотостимуляции с частотой 3, 6, 10, 16, 20, 25, 30 Гц реакций усвоения ритма не отмечалось. Фотопароксизмальный ответ не зарегистрирован.

ЭЭГ сна:

Засыпание характеризовалось редукцией основного ритма, исчезновением миографических артефактов, усилением медленноволновой активности.

Вторая стадия сна сопровождалась появлением редких нерегулярных «веретён сна», представленных короткими вспышками ритмической активности в лобно-центральных и вертексных отделах, частотой 10-13 Гц, амплитудой до 60 мкВ. Кроме того, отмечались К-комплексы, представленные вспышками высокоамплитудных медленных двухфазных и полифазных волн, с амплитудным преобладанием (до 200-400 мкВ) в лобно-центральных и вертексных отделах. Во сне наблюдалось усиление активности альфа-тета-диапазона с неустойчивым зональным акцентом.

Дельта-сон характеризовался нарастанием индекса представленности и амплитуды медленных волн, в основном дельта-диапазона, с менее выраженными быстроволновыми формами БЭА.

Во сне сохранялась вышеописанная эпилептиформная активность, с латерализацией в пределах левого и независимо правого полушария, индекс представленности нарастал до 50-60%, амплитуда острых потенциалов достигала 400 мкВ.

Окончательное пробуждение было самостоятельным, пароксизмальными событиями не сопровождалось.

ЭЭГ бодрствования после пробуждения:

Характеристики ЭЭГ фоновой записи после пробуждения не отличались от картины ЭЭГ перед сном.

Клинические события:

- «Кнопкой пациента» отмечены неспецифичные движения при пробуждении (подёргивания руками), в паттерне ЭЭГ – непродолжительное усиление дельта-активности в лобных отделах с последующим переходом в бодрствование, без появления иктальных ЭЭГ-феноменов.; Заключение: • Частота основной активности в пределах возрастной нормы.

• Функциональные пробы не вызвали патологических изменений корковой ритмики.

• Сон дифференцирован на стадии. Во сне наблюдалось усиление активности альфа-тета-диапазона с неустойчивым зональным акцентом. Физиологические паттерны сна представлены преимущественно К-комплексами, «веретёна сна» регистрируются в виде редких фрагментов.

• Региональная

эпилептиформная активность в виде острых волн, комплексов острая волна - медленная волна в следующих отделах:

- в левых затылочно-теменно-задневисочных отделах (О1, Р3, Т5),
- в правых затылочно-теменно-височных отделах (О2, Р4, Т6, Т4).

Во сне наблюдалась латерализация эпилептиформной активности по левому и независимо правому полушарию. Индекс представленности данной активности в бодрствовании около 10%, во сне нарастал до 50-60%.

- За время длительного мониторирования эпилептические приступы и их ЭЭГ-паттерны не зарегистрированы.
- По сравнению с ЭЭГ от 30.04.2025: сохраняется эпилептиформная активность, индекс представленности без значимой динамики.; Подписано согласие на медицинское вмешательство Нет; Дата осмотра 17.12.2025 17:45:43; Врач Лебедев В.В.;

5. ЭХО - КГ 22.12.2025

АОРТА: Восходящая часть не расширена, визуализация дуги и нисходящей аорты затруднена; Диаметр восходящей аорты 12,5 мм; АОРТАЛЬНЫЙ КЛАПАН: 3-х створчатый, створки и гемодинамика не изменены; РGr max 4 mm Hg; Vmax 1 m/s; При ЦДК регургитация достоверно не определяется; ЛЕГОЧНАЯ АРТЕРИЯ: экранирована; КЛАПАН ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ: визуализация неудовлетворительная; МИТРАЛЬНЫЙ КЛАПАН: створки, гемодинамика не изменены; При ЦДК регургитация достоверно не определяется; ТРИКУСПИДАЛЬНЫЙ КЛАПАН: створки, гемодинамика не изменены; При ЦДК регургитация достоверно не определяется; ЛЕВОЕ ПРЕДСЕРДИЕ: 25x32 мм; не расширено; ПРАВОЕ ПРЕДСЕРДИЕ: 25x32 мм; не расширено; МЕЖПРЕДСЕРДНАЯ ПЕРЕГОРОДКА: интактна; ПРАВЫЙ ЖЕЛУДОЧЕК: 14 мм; не расширен; ЛЕВЫЙ ЖЕЛУДОЧЕК: КДР 31 мм; КСР 21 мм; ФВ 62 %; ЧСС 111; беспокоен; КСО 5 мл; Описание: вычисления получены в В режиме; Межжелудочковая перегородка 5,1 мм; не утолщена, интактна; Задняя стенка левого желудочка 5,1 мм; не утолщена; ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ жидкости в полости перикарда нет. Визуализация крайне затруднена.; ЗАКЛЮЧЕНИЕ Полости сердца не расширены, стенки не утолщены, перегородки интактны, клапаны и крупные сосуды не изменены, функциональные параметры сердца в норме.; Подписано согласие на медицинское вмешательство Нет; Врач Зарубина А.Л.;

6. УЗИ Почек и мочевого пузыря 22.12.2025

ЛЕВАЯ ПОЧКА: измененная; Размер средний; 77x28 мм; Положение в типичном месте; Паренхима дифференцировка сглажена, умеренно повышенной эхогенности, умеренно диффузно неоднородная, визуализируются единичные гиперэхогенные включения; ЧЛС не расширена; Сосуды при ЦДК к/ток не изменены, визуализируется до капсулы, стенки сосудов уплотнены; Мочеточник не расширен; ПРАВАЯ ПОЧКА: измененная; Размер средний; 69x30 мм; Положение в типичном месте; Паренхима дифференцировка сглажена, умеренно повышенной эхогенности, умеренно диффузно неоднородная, визуализируются единичные гиперэхогенные включения; ЧЛС не расширена; Сосуды при ЦДК к/ток не изменены, визуализируется до капсулы, стенки сосудов уплотнены; Мочеточник не расширен; МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ: V~23 мл; Стенки тонкие; ЗАКЛЮЧЕНИЕ: на момент осмотра УЗ признаки диффузных паренхиматозных изменений.; Подписано согласие на медицинское вмешательство Нет; Врач Зарубина А.Л.;

7. УЗИ Органов брюшной полости 22.12.2025

Размер сокращен?; 33*9 мм; ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА: экранирована; ПЕЧЕНЬ: Размер средний; ЛД 48; ПД 90; Контур ровный; Паренхима однородная, средней эхогенности; Воротная вена 6 мм; Печеночные вены не изменены мм; СЕЛЕЗЕНКА:; Размер выше среднего; 68x36 мм; Паренхима однородная, средней эхогенности; Селезеночная вена не расширена мм; Описание: экранирован; Описание: экранирована; ОПИСАНИЕ: Свободная жидкость в брюшной полости не визуализируется, в малом тазу в незначительном количестве-ребенок носитель ВПШ. Визуализация резко ограничена из-за выраженного метеоризма.; ЗАКЛЮЧЕНИЕ: на момент осмотра УЗ признаки выраженного метеоризма.; Подписано

согласие на медицинское вмешательство Нет; Врач Зарубина А.Л.;

8. Компьютерная томография 22.12.2025

ИССЛЕДОВАНИЕ: Головного мозга / костей черепа; Контрастное усиление не проводилось; ОПИСАНИЕ: Дата исследования: 22.12.2025

ФИО: Александров М.А., 5 лет

№ исследования и истории болезни: 24742/25

Доза: 1,5мЗв

Контрастный препарат: не проводилось

Компьютерная томография головного мозга и костей черепа

Динамика от 10.10.2024.

Состояние после ВПШ. Помпа шунта установлена подкожно на уровне височно-затылочных отделов справа. В правой теменной кости определяется сквозной дефект, через который установлен шунт. Конец шунта определяется на границе межполушарной щели и третьего желудочка.

Череп деформирован, передние и средние черепные ямки уменьшены.

Острых экстра-/интрааксиальных очаговых, объемных и костно-деструктивных изменений головного мозга не выявлено. Однако в правых теменно-затылочных отделах и в левой гемисфере головного мозга отмечаются участки кистозно-атрофических изменений, на фоне которых нельзя исключить порэнцефалическую кисту в левой теменной доле.

Тенториально в межполушарной щели, правой теменной области и в области полюса левой височной доли, а также по намету мозжечка, визуализируются разнокалиберные кальцинаты. Также мелкие обызвествления отмечаются в глубоком белом веществе правой лобной доли и в участке кистозных изменений в левой лобной доле.

Серое и белое вещество головного мозга дифференцировано. Срединные структуры головного мозга не смещены.

Желудочковая система: боковые желудочки деформированы: хорошо дифференцируются на уровне височных рогов, на остальном протяжении визуализируются фрагментарно, щелевидные на уровне тел и передних рогов. Третий желудочек поперечным размером до 5,5мм. Водопровод не прослеживается. Четвертый желудочек значимо не изменен.

Субарахноидальные и цистернальные пространства неравномерны: локально сужены, локально расширены.

Мозолистое тело прослеживается в виде тонкой линии. Ствол мозга уменьшен в размерах. Зрительные нервы и хиазма истончены. Миндалины мозжечка расположены на уровне большого затылочного отверстия, правая гемисфера уменьшена в размерах.

Придаточные пазухи носа и височные кости пневматизированы. Просвет носоглотки сужен на 2/3 за счет глоточной миндалины.; ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Состояние после ВПШ.

КТ-картина деформации черепа, кистозно-атрофических изменений вещества больших полушарий (нельзя исключить порэнцефалию слева) с вторичными изменениями ликворных пространств. Разнокалиберные кальцинаты тенториально, по намету мозжечка, в глубоком белом веществе правой лобной доли и в участке кистозных изменений в левой лобной доле.

Признаки атрофических изменений мозолистого тела, зрительных нервов и хиазмы, гипоплазии ствола и правой гемисферы мозжечка.

Аденоиды 2ст.

По сравнению с предыдущим исследованием – без значимой динамики.; Подписано согласие на медицинское вмешательство Нет; Врач Фомина Л.Е.;

РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗОВ

Биохимические исследования крови (сыворотка) (Кровь венозная)	Ед/изм	Допл.зн.
---	--------	----------

Клинический анализ крови (Кровь венозная)	Ед/изм	Долж.зн.	19.12.2025 16:43:03	
Незрелые гранулоциты %	%	0 - 1	0.1	
Нейтрофилы	$10^9/л$	1.1 - 7.8	2.38	
Нейтрофилы %	%	48 - 51	25.3	
СОЗ (анализатор Тест1)	мм/час	2 - 20	2	
Тромбоциты	$10^9/л$	150 - 580	212	
Эозинофилы	$10^9/л$	0.1 - 0.6	0.24	
Эозинофилы %	%	2 - 6	2.5	
Эритроциты	$10^{12}/л$	3.9 - 5.3	5.28	
Лекарственный мониторинг (сыворотка) (Кровь венозная)	Ед/изм	Долж.зн.	16.12.2025 09:29:15	16.12.2025 11:37:13
Вальпроевая кислота	мкг/мл	-	64.18	126.6

КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ

1. ЛФК Цезарик В.А.(96) 15.12.2025.

ДИАГНОЗ: Детский церебральный паралич: спастический тетрапарез. GMFCS IV. MACS IV. Окклюзионная постгеморрагическая тетравертикулярная гидроцефалия, состояние после установки вентрикуло - перитонеального шунта от 09.12.2020г. Задержка психического и речевого развития.;

ЖАЛОБЫ: задержка в психомоторном развитии.

судорожные приступы (последний в январе 2025, длился более 2 часов, купировался диазепамом (дозу мама назвать затрудняется)). ;

ДАННЫЕ ОСМОТРА: Ребенок спокойный, носитель шунта справа, не видит, слышит

На осмотр реагирует негативно, бьёт себя по голове

тремора нет

в положении на спине группируется, подбородок прижимает к груди

телосложение непропорциональное: голова гидроцефальной формы, скошенный затылок

поза асимметричная: сгибательно-пронационная установка правой руки, приведение

большого пальца правой кисти

кожа чистая от инфекционной сыпи

деформация грудной клетки

Тонус мышц верхних конечностей повышен, больше справа

Тонус мышц нижних конечностей повышен

Поворот головы в обе стороны

Движения в плечевых/локтевых/лучезапястных/тазобедренных/коленных/голеностопных суставах пассивные в полном объёме. Ограничены активные движения из-за тонусных нарушений.

При пальпации мышцы развиты удовлетворительно

В положении на животе голову приподнимает и удерживает; опирается на предплечья

Навыки: переворачивается в обе стороны, чаще через левый бок, на левом боку выходит в опору на предплечье и в сед, сидит кратковременно с кифозированной спиной, со слов мамы встаёт на четвереньки, опираясь на тыльную сторону правой кисти, удерживается до 10 секунд;

РЕКОМЕНДАЦИИ: Цель реабилитации: обучение комплексу лфк для самостоятельных занятий дома

Базовые методы (постуральный менеджмент): Прикладная кинезотерапия: щадяще, стимуляция аутохтонной мускулатуры, физиологическое позиционирование, разработка объёма движений в крупных суставах конечностей,аккуратно с ТБС, увеличение объема движений в правой руке, стимуляция опоры на локти/кисти в положении на животе, стимуляция устойчивого положения на боку (акцент на правый бок), уменьшения площади опоры, змейка с опорой на стопу с осевым вытяжением и ротацией, трехопорная стойка - по возможности, обучение мамы

Дополнительные методы: щадяще. массаж спины и нижних конечностей, ч/д спины и верхних конечностей, обходя зону шунта, воротниковую зону щадяще;

2. Физиотерапевт Петельгузова Т.Г.

Физио (99-2) 15.12.2025.

ДИАГНОЗ: Детский церебральный паралич: спастический тетрапарез. GMFCS IV. MACS IV. Окклюзионная постгеморрагическая тетравертикулярная гидроцефалия, состояние после установки вентрикуло - перитонеального шунта от 09.12.2020г. Задержка психического и речевого развития. Структурная фокальная эпилепсия. Состояние после интравитреального введения ингибитора ангиогенеза, транспупиллярной лазерной коагуляции сетчатки, витреоретинального вмешательства. Послеоперационная афакия. Двусторонняя пахово-мошоночная грыжа, оперированная от 13.11.2020г. Себорейный дерматит.;

ЖАЛОБЫ: - задержка в психомоторном развитии.

- судорожные приступы (последний в январе 2025, длился более 2 часов, купировался диазепамом (дозу мама назвать затрудняется)). ;

ДАнные ОСМОТРА: Общее состояние средней тяжести. Не лихорадит. Положение вынужденное. Вес 12,7кг. Рост стоя 100см. ППТ 0,59кв.м. Состояние питания снижено. Кожные покровы физиологической окраски, умеренной влажности, пятнисто-папулезные высыпания по типу периорального дерматита, шрам на передней брюшной стенке (шунт). Слизистые оболочки чистые. Зев, миндалины: розовый, наложений на миндалинах нет. Подкожная клетчатка развита умеренно, распределена симметрично, отёков нет. Лимфатическая система без системного увеличения. Костная система: деформация грудной клетки. Органы дыхания: Носовое дыхание свободное. В легких дыхание пузрильное, проводится во все отделы, хрипов нет. Сатурация 97-99%. ЧД 24 в минуту. Органы кровообращения: Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 109 уд/мин, АД 92/55 мм.рт.ст. Органы пищеварения: Appetit сохранён. Язык розовый, чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Стул ежедневно, оформленный. Мочеполовая система: Сформирована по мужскому типу. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Органы чувств: зрение снижено, слышит. Эндокринная система: без особенностей.

Нервная система: Общемозговых и менингеальных симптомов нет. Голова неправильной формы (уплощение затылочного бугра- позиционная плагиоцефалия). Микроцефалия. В сознании. Возбудим. На осмотр реагирует агрессивно, проявляет аутоагрессию (ребёнок со снижением остроты зрения). Речь: экспрессивная - рассеивание гласных звуков, импрессивная - обращенную речь понимает на уровне интонаций. Игрушки руками не берет (ребёнок не видит), при вкладывании в руку ощупывает, тянет в рот. Слушает музыку.

ЧН: I - Обоняние не исследовалось. II - Острота зрения снижена. Взгляд не фиксирует, не прослеживает. III, IV, VI - глазные щели симметричны. Плавающие значения глазных яблок. Зрачки округлой формы, симметричны, реакции на свет прямая и содружественная живые, D=S. V - Точки выхода ветвей тройничного нерва не исследованы (контакт с ребёнком затруднён). Трофика мышц нижней челюсти не нарушена. Движения нижней челюсти не нарушены. VII - Лицо симметрично. VIII - слух при грубой оценке не снижен. Горизонтальный нистагм. IX, X - Глоточные рефлексы живые. Глотание не нарушено. XI - положение плеч и лопаток симметрично. Голова по средней линии. Грудно-ключичные мышцы симметричны. XII - Язык по средней линии.

В двигательной сфере: объем пассивных движений не нарушен, объем активных движений снижен. Мышечный тонус изменён по спастическому типу D>=S, преимущественно в дистальных отделах конечностей. Сухожильные и надкостничные рефлексы с рук и ног высокие, D=S, рефлексогенные зоны расширены. Рефлексы орального автоматизма не вызываются, хватательный рефлекс справа. Брюшные рефлексы живые, симметричные. Сгибательно-пронаторная установка правой руки. Приводящая установка бедер. Сгибательная установка коленных суставов.

Навыки: голову удерживает, переворачивается, чаще через левый бок, на левом боку выходит в опору на предплечье и в сед, сидит кратковременно с кифозированной спиной, со слов мамы встаёт на четвереньки, опираясь на тыльную сторону правой кисти, удерживается до 10 секунд.

РЕКОМЕНДАЦИИ:

Соблюдение рекомендаций лечащего врача. Систематические коррекционно-педагогические занятия в среднем режиме нагрузок, направленные на формирование интереса к тактильному изучению предметов, манипулятивным действиям с ними с целью извлечения звука, развитию навыка произвольного выполнения сложных координированных моторных актов, усложнению способов социального взаимодействия со взрослым.;

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Тяжелое нарушение познавательной деятельности (сохраняется элементарная психическая активность) у ребенка с минимальным темпом психического развития.;

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

Режим палатный. Стол №15. Дневник приступов.

При развитии длительного судорожного приступа (более 5 минут) - диазепам- 10 мг/2 мл - 0,8 мл в/м (из расчета 0,3 мг/кг)

Медикаментозно:

Внутрь: Вальпроевая кислота 57,64 мг/мл - 400мг/сут (30мг/кг/сут) по 140 мг - утром, 140мг - днём, 120 мг - вечером.

Коррекция: 18.12-19.12:

9:00 Внутрь: Вальпроевая кислота в сиропе 57,64 мг/мл - 100мг

15:00 Внутрь: Вальпроевая кислота в сиропе 57,64 мг/мл - 100мг

21:00 Вальпроевая кислота гранулы по 100мг/пак.- 200 мг (2 пакетика) - вечером с 20.12

09:00 Вальпроевая кислота гранулы по 100мг/пак.- 200 мг (2 пакетика) - утром

21:00 Вальпроевая кислота гранулы по 100мг/пак.- 200 мг (2 пакетика) - вечером

Внутрь: перампанел 3 мг на ночь

Внутрь: макрогол 5-6 г x 1 раз в день

Реабилитационные мероприятия:

Базовые методы (постуральный менеджмент): Прикладная кинезотерапия: щадяще, стимуляция аутохтонной мускулатуры, физиологическое позиционирование, разработка объёма движений в крупных суставах конечностей, аккуратно с ТБС, увеличение объёма движений в правой руке, стимуляция опоры на локти/кисти в положении на животе, стимуляция устойчивого положения на боку (акцент на правый бок), уменьшения площади опоры, змейка с опорой на стопу с осевым вытяжением и ротацией, трехопорная стойка - по возможности, обучение мамы.

Дополнительные методы: щадяще. массаж спины и нижних конечностей, ч/д спины и верхних конечностей, обходя зону шунта, воротниковую зону щадяще.

Курс сухих иммерсионных ванны, курс опорной стимуляции ходьбы, курс воздействия поляризованным светом на область спины, живота, лица, правой руки

Ботулинотерапия в/м - ботулинический токсин типа А препаратом КСЕОМИН - 170 ЕД (13,4 ЕД/кг)

ЗА ПЕРИОД ПРЕБЫВАНИЯ В ОТДЕЛЕНИИ

Ребёнок поступил в отделение психоневрологии и нейрореабилитации Центра детской психоневрологии повторно, планоно с диагнозом "Детский церебральный паралич, спастический тетрапарез. GMFCS IV. Структурная фокальная эпилепсия. Окклюзионная постгеморрагическая тетравертикулярная гидроцефалия, состояние после установки вентрикуло - перитонеального шунта от 09.12.2020. Нарушение когнитивного развития." (G80.0) для выполнения квоты по ВМП-ОМС в соответствии с постановлением Правительства РФ №1940 от 27.12.2024г. (вид ВМП 12.00.42.001) для проведения комплексного лечения тяжелых двигательных нарушений при спастических формах детского церебрального паралича, врожденных, включая перинатальные, нейродегенеративных, нервно-мышечных и демиелинизирующих заболеваниях с

...регистрована
...диспластическая активность в бодрствовании. Во сне индекс представленности без
...существенной динамики.
Для исключения вторичных ортопедических осложнений проведена рентгенография
позвоночного столба и тазобедренных суставов, по заключению:
* Рентгенологические признаки левостороннего грудопоясничного сколиоза 2 степени
(вероятно за счет укладки).
* Рентгенологические признаки соха "valga" с двух сторон, диспластического типа развития
крыш вертлужных впадин, подвывиха левого тазобедренного сустава.

С антиспастической целью проведены инъекции ботулинического токсина типа А препаратом КСЕОМИН под контролем УЗИ - в целевые мышцы конечностей. Суммарная доза препарата составила 170 ЕД (13,4 ЕД/кг). Перенос процедуру удовлетворительно. Нежелательные реакции не наблюдались. Протокол отдан маме на руки. Консультирован ортопедом, рекомендовано динамическое наблюдение. Консультирован врачом ЛФК и физиотерапевтом, проведен курс реабилитационных мероприятий в полном объеме, отмечается улучшение мышечного тонуса, увеличение объема движений. Выписывается в стабильном состоянии по соматическому статусу под наблюдение специалистов по месту жительства. Рекомендации даны.

РЕКОМЕНДАЦИИ

- Наблюдение педиатра, невролога, нейрохирурга, ортопеда, эпилептолога, гастроэнтеролога, хирурга по месту жительства.

Продолжить приём:

Внутрь:

Вальпроевая кислота пролонгированного действия в гранулах 100мг/пак.- 200 мг (2 пакетика) - утром 200 мг (2 пакетика) вечером - длительно, непрерывно. Рекомендовано контроль концентрации препарата в 1 точке - через 3 недели.

Перампанел 2 мг/табл.- по 3 мг (1 табл. + 1/2 табл.) x 1 раз в сутки, на ночь (рекомендовано применение перампанел 0,5 мг/мл суспензия для приема внутрь- 340 мл - 6 мл (3 мг); под контролем невролога по месту жительства.

- При развитии длительного судорожного приступа (более 5 минут) - диазепам- 10 мг/2 мл - 0,8 мл в/м (из расчета 0,3 мг/кг) или решение вопроса о проведении ВК по месту жительства для решения вопроса о закупке диазепама для введения per rectum или буккального мидазолама.

- Вести дневник приступов, регистрировать приступы на фоне коррекции противосудорожной терапии, желательна зафиксировать приступ домашними средствами видеофиксации

- Контроль ЭЭГ-мониторинга с включением сна не менее 1 часа - 1 раз в 6 месяцев, при необходимости ранее

- Контроль б /х анализа крови (АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТ, креатинин, натрий, калий, кальций, железо, глюкоза) + клинический анализ крови + клинический анализ мочи - 1 раз в 6 мес

- УЗИ органов брюшной полости, почек - 1 раз в 6 месяцев.

- Диета 3, послабляющая с достаточным количеством клетчатки (овощи/фрукты), достаточный питьевой режим!

- Макрогол 5-6 г x 1 р/сут независимо от приема пищи, длительно, при необходимости -- увеличить дозировку до 6 гр.

- При отсутствии ежедневного самостоятельного стула в течение 24-36 ч- микроклизмы или клизма с вазелиновым маслом или свечи с глицерином.

- Урсодезоксихолевая кислота 250 мг/5 мл сусп для приема внутрь по 2,5 мл x 1 р/сут на ночь, курсы повторять 4 раза в год.

- Колекальциферол (500 ЕД/капл.) - по 1000 МЕ x 1 р/д, внутрь, утром- ежедневно, длительно. Коррекция дозы после определения концентрации витамина Д в крови под

применением

методов физиотерапии (в том числе аппаратной криотерапии, стимуляционных токов, движений, основанных на принципе биологической обратной связи, кинезотерапии, роботизированной механотерапии и (или) ботулинотерапии под контролем комплекса

нейровизуализационных и (или) нейрофункциональных методов обследования. Диагноз выставлен на основании жалоб (на двигательные нарушения, задержку психоречевого развития; повышение тонуса мышц конечностей), данных анамнеза (отягощенного перинатального анамнеза), данных неврологического статуса (спастический тетрапарез), данных методов нейровизуализации (МР картина кистозно-глиозно-атрофических изменений вещества головного мозга и мозжечка. Внутренняя бивентрикулярная гидроцефалия. Признаки диспластического изменения кранио-verteбрального перехода).

Учитывая в анамнезе эпилептические приступы продолжает получать противосудорожную терапию: вальпроевую кислоту 34 мг/кг/сутки, перампанел 3 мг/сутки.

За период пребывания в отделении состояние ребёнка оставалось стабильным. Учитывая в анамнезе эпилептические приступы продолжает получать противосудорожную терапию: вальпроевую кислоту 34 мг/кг/сутки, перампанел 3 мг/сутки.

Проведён лабораторный контроль: в клиническом анализе крови патологии не выявлено, в биохимическом анализе крови АСТ повышен 45 Ед/л, остальные показатели в пределах референсных значений, уровень витамина Д в крови 51.07 нг/мл. Проведён фармакомониторинг вальпроевой кислоты в 1-й точке (до приема препарата): 64.18 мкг/мл через 2 часа после приема препарата 126.6 мкг/мл. В связи с выраженной разницей в концентрациях препарата в 2 точках на фоне приема препарата вальпроевой кислоты в сиропе, решено произвести замену на препарат вальпроевой кислоты пролонгированного действия в гранулах.

С целью исключения патологии со стороны внутренних органов проведено инструментальное обследование:

- УЗИ органов брюшной полости- УЗ признаки выраженного метеоризма.

- УЗИ почек и мочевого пузыря: УЗ признаки диффузных parenхиматозных изменений. Рекомендовано наблюдение в динамике.

- Эхо-КГ- Полости сердца не расширены, стенки не утолщены, перегородки интактны, клапаны и крупные сосуды не изменены, функциональные параметры сердца в норме.

С целью оценки состояния шунта выполнена КТ головного мозга: Состояние после ВПШ. КТ-картина деформации черепа, кистозно-атрофических изменений вещества больших полушарий (нельзя исключить порэнцефалию слева) с вторичными изменениями ликворных пространств. Разнокалиберные кальцинаты тенториально, по намету мозжечка, в глубоком белом веществе правой лобной доли и в участке кистозных изменений в левой лобной доле. Признаки атрофических изменений мозолистого тела, зрительных нервов и хиазмы, гипоплазии ствола и правой гемисферы мозжечка. Аденоиды 2ст. По сравнению с предыдущим исследованием – без значимой динамики.

Для контроля эффективности АЭП и оценки биоэлектрической активности головного мозга в динамике проведён ВЭЭГМ дневного сна в течение 1-го часа, по заключению: Кортикальная ритмика сформирована в соответствии с возрастом. Функциональные пробы не вызвали патологических изменений корковой ритмики. Сон дифференцирован на стадии. Физиологические паттерны сна представлены удовлетворительно. «Веретена сна» отчетливо не определяются. В бодрствовании и во сне зарегистрирована региональная эпилептиформная активность в левой затылочно-теменно-задневисочной области (O1-P3-T5) иногда с распространением на теменной вертексный регион (Pz) и гомологичные отделы правого полушария. *Кроме того, во сне зарегистрирована эпилептиформная активность в правой затылочно-теменно-задневисочной области (O2-P4-T6). В ряде случаев морфология соответствовала «роландическим спайкам». Индекс представленности в бодрствовании в пределах низких значений, в среднем около 3-5%. Во сне с нарастанием индекса до средних значений, в среднем около 40-50%. За время длительного мониторинга, эпилептические приступы и их ЭЭГ-паттерны не зарегистрированы. По сравнению с исследованием от 03.10.2024: низким индексом

